

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ І
ПАТЕНТНО-ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ**

**ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ
У ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ
(МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ)**

КИЇВ - 2006

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**Український центр наукової медичної інформації
і патентно-ліцензійної роботи**

“ЗАТВЕРДЖЕНО”

**Директор Департаменту
організації та розвитку медичної
допомоги населенню МОЗ України**
Р.О. Моїсєєнко
Р.О. Моїсєєнко 2006 р.



**ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ
У ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ**

(МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ)

Київ - 2006

Установа-розробник:

**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
МОЗ України**

Автори:

докт. мед. наук, професор Ткач С.М.

канд. мед. наук Марусанич Б.Н.

Контактні телефони:

(044) 235-76-66

(044) 235-76-66

Рецензент:

завідувач кафедри госпітальної терапії Української медичної стоматологічної академії МОЗ України,

д. мед. н., професор Катеренчук І.П.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- АГТ** – антигомотоксична терапія
АГТП – антигомотоксичні препарати
АСТ – аспарагінтрансмiназа
ВХ – виразкова хвороба
ГГТ – гамма-глутамiлтрансфераза
ДЖМ – дисфункція жовчного мiхура
ДСО – дисфункція сфiнктера Оддi
ЕГДС – езофагогастродуоденоскопія
ЕРХПГ – ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія
ЖКХ – жовчнокам'яна хвороба
ЗЗК – запальні захворювання кишечника
ЗНПЗ – зовнішньосекреторна недостатність підшлункової залози
ІПП – iнгiбітори протонної помпи
ЛФ – лужна фосфатаза
НВК – неспецифічний виразковий колiт
НВЗП – неспецифічні протизапальні препарати
ПЗ – підшлункова залоза
ПВ – пептична виразка
СО – слизова оболонка
СОШ – слизова оболонка шлунка
СПК – синдром подразненої кишки
УЗД – ультразвукове дослідження
ФД – функціональна диспепсія
ХВГ – хронічний вірусний гепатит
ХГ – хронічний гастрит
ХК – хвороба Крона
ХП – хронічний панкреатит
ХХ – хронічний холецистит
ШКТ – шлунково-кишковий тракт
Нр – *Helicobacter pylori*

ЗМІСТ

Вступ	5
1. Загальні відомості про антигомотоксичну терапію	6
2. Антигомотоксичні препарати в лікуванні захворювань гастроудоденальної зони:	10
2.1. Функціональна диспепсія	10
2.2. Хронічні гастрити	12
2.3. Пептичні виразки шлунка і дванадцятипалої кишки	15
3. Антигомотоксичні препарати в лікуванні захворювань кишечника:	18
3.1. Синдром подразненої кишки	18
3.2. Запальні захворювання кишечника	22
4. Антигомотоксична терапія захворювань печінки:	23
4.1. Стеатози і стеатогепатити	23
4.2. Хронічні гепатити	25
4.3. Цирози печінки	27
5. Антигомотоксичні препарати в лікуванні захворювань жовчовивідних шляхів:	28
5.1. Функціональні біліарні розлади	28
5.2. Жовчнокам'яна хвороба, хронічні холецистити і холангіти	30
6. Антигомотоксична терапія захворювань підшлункової залози:	31
6.1. Хронічні панкреатити	31
7. Коротка анотація антигомотоксичних препаратів, які застосо- вуються у гастроентерології	33
Висновки	35
Перелік рекомендованої літератури	36

ВСТУП

Ще не дуже давно більшість захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) вважалися хронічними, схильними до рецидивування протягом усього життя людини, аж до розвитку життєвонебезпечних ускладнень. Однак цілий ряд фундаментальних відкриттів, зроблених наприкінці ХХ століття, призвів до того, що за останні 10-20 років у лікуванні багатьох гастроентерологічних захворювань відбулися революційні зміни. Розроблено медикаментозні препарати і методи лікування, здатнівиліковувати деякі гастроентерологічні захворювання, які раніше вважалися хронічними. Класичними прикладами в цьому відношенні є хронічний гастрит, виразкова хвороба, хронічні вірусні гепатити.

Однак, на жаль, залишається ще досить багато гастроентерологічних захворювань, при яких результати лікування лишають бажати кращого. У першу чергу, це функціональні захворювання ШКТ, такі як функціональна диспепсія, синдром подразненої кишки і біліарні дисфункції. Хворі з функціональною патологією вимагають індивідуального підходу, а численні препарати, що призначаються (інгібітори протонної помпи, прокінетики, спазмолітики, антагоністи й агоністи серотонінових рецепторів, антифлатуленти, антибіотики, антидепресанти), на жаль, далеко не завжди надають достатній лікувальний ефект.

Крім того, нерідко засоби традиційної медицини завдають більше шкоди, ніж користі. Класичним прикладом у цьому відношенні є застосування антибіотиків широкого спектра дії з приводу запальних захворювань ШКТ. Серед їх численних побічних ефектів нерідко виявляється і парадоксальна дія – замість лікувального протизапального ефекту вони сприяють ще більшому ушкодженню слизових оболонок, на тлі цього виникає дисбіоз кишкового тракту й антибіотикоасоційована діарея. Найбільш несприятливим клінічним результатом такої ситуації є розвиток важких форм псевдомембранозного коліту, що нерідко закінчується летально.

У зв'язку з вищесказаним, однією з актуальних проблем клінічної медицини варто вважати пошук нових альтернативних ліків і методів лікування, що

були б безпечними, і в той же час ефективно впливали на функціональний стан органів ШКТ.

В останні роки в різні області медицини почали впроваджуватися так звані «нетрадиційні» методи лікування, що не відповідають канонам «класичної» медицини й алопатичної терапії, але, проте, надають досить виражений терапевтичний ефект. Одним з таких методів, що вже одержав значне поширення в багатьох країнах світу, є антигомотоксична терапія (АГТ).

У запропонованих методичних рекомендаціях **вперше в Україні викладено концепцію нового підходу до патогенетичної терапії деяких гастроентерологічних захворювань**, зокрема, функціональних розладів ШКТ, функціональних біліарних розладів, ЖКХ, цирозів печінки та ін., з використанням антигомотоксичних препаратів.

Методичні рекомендації розраховані на спеціалістів гастроентерологів, терапевтів, лікарів загальної практики та сімейної медицини, які цікавляться гомеопатією та гомотоксикологією, можуть бути використані в навчальних програмах лікарів-курсантів та інтернів циклів тематичного удосконалення, при проведенні елективних курсів з гомеопатії, первинної спеціалізації та передатестаційної підготовки.

Дані методичні рекомендації не ставлять за мету докладне пояснення принципів АГТ і можливих механізмів її лікувального ефекту. Основна мета даного посібника – показати місце АГТ у лікуванні гастроентерологічної патології і представити типові схеми її застосування при найбільш розповсюджених захворюваннях ШКТ.

1. ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ ПРО АНТИГОМОТОКСИЧНУ ТЕРАПІЮ

В даний час лікарі України мають можливість використовувати в лікуванні пацієнтів антигомотоксичні препарати (АГТП) - комплексні біологічні лікарські засоби. У їхній склад входять компоненти рослинного, тваринного походження, вітаміни, біокаталізатори, гормони й інші речовини у надмалих, гомеопати-

чних дозах. На фармацевтичному ринку нашої країни представлені АГТП німецької компанії Heel (Хеель).

Антигомотоксичні препарати одержали свою назву відповідно до дії, що вони надають. Вона полягає в елімінації так званих гомотоксинів за рахунок м'якої фізіологічної стимуляції власних захисних сил організму.

Поняття “гомотоксин” було введено в медицину німецьким лікарем Г.Рекевегом. Під гомотоксином він розумів токсичну речовину, що викликає протидію захисних сил організму, і призводить до формування різних захворювань. Якщо природний захист людини спрацьовує адекватно, то утворюється безпечний гомотоксон і патологія не розвивається.

Доктором Рекевегом була розроблена теорія медицини під назвою “гомотоксикологія”, відповідно до якої захворювання є біологічно доцільним процесом проти внутрішніх і зовнішніх гомотоксинів і вираженням спроби організму компенсувати токсикоз.

У захворюванні Г. Рекевег виділив наступні шість фаз, які він назвав фазами гомотоксикоза:

1. *Фаза екскреції (виділення).* Характеризується процесами активації дренажу організму. Виведення токсинів — це перше, що починає організм, щоб позбутися від гомотоксинів, незалежно від їхнього виду — чи то хімічна молекула, вірус, бактерія, чи інша токсична для організму речовина. У цій фазі токсини виводяться через природні органи виділення. Проявами цієї фази є виділення поту, слини, жовчі, нежить, утворення антитіл у крові, сеча з кінцевими продуктами обміну і т.п.

2. *Фаза запалення (реакції).* Якщо організму не вдається звільнитися від гомотоксинів, захворювання переходить у другу фазу. Вона характеризується розвитком запальних процесів. Тому до даної фази прийнято відносити всі запальні захворювання.

3. *Фаза депонування (осадження).* У випадках, коли за допомогою реактивної фази запалення організму не вдається позбутися від гомотоксинів, організм змушений їх депонувати. Зовні це виявляється формуванням борода-

вок, мозолей, поліпів, зоба, ожиріння, подагричних відкладень у суглобах, варикозного розширення вен, сечокам'яної і жовчнокам'яної хвороби, фіброміом і аденом та ін. До даної фази гомотоксикоза відносяться такі захворювання як ахалазія стравоходу, гіпертрофічний гастрит, меланоз товстої кишки, жирова дистрофія печінки.

4. *Фаза імпрегнації (насичення)*. Настає, якщо організму не вдається подолати вплив несприятливих факторів, тобто токсини продовжують надходити і накопичуватися в організмі. Захворювання переходить в іншу стадію розвитку — клітинну. При клітинних фазах захворювань повне одужання неможливе через зміну клітинних структур. Прикладами даної фази можуть бути недостатність кардії, виразковий коліт, хвороба Крона, лейкоплакія, виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, стенокардія, інфаркт міокарда, альбумінурія, початкові стадії пухлин і ін.

5. *Фаза дегенерації*. У цій фазі відбувається поразка не тільки окремих клітин, але і цілих клітинних утворень і частин органів. У подібних випадках організм намагається підтримати свою життєдіяльність шляхом перманентного утворення нових органічних структур. Цій фазі відповідають такі патологічні стани як колагенози, атрофічний гастрит, цироз печінки, дивертикульоз, спондиліоз, злюккісна анемія, коксартроз і т.п.

6. *Фаза дедиференціації (новоутворень)*. Завершальна фаза гомотоксикоза. Через виражену інтоксикацію і ендотоксикоз відбувається ослаблення імунних реакцій і виникають процеси порушення диференцировки клітин, що приводить до появи злюккісних новоутворень.

У перших трьох фазах захворювання можливо повне одужання, прогноз для здоров'я і життя сприятливий. Тому Х. Рекевег відокремив перші три фази від інших своєюрідною границею, яку назвав *біологічним бар'єром*.

Сутність АГТ полягає в активації саногенеза і переведенні захворювання з однієї фази гомотоксикоза в іншу - по напрямку від VI, V, IV фаз до III, II, I-ї фаз. При цьому симптоми гострих захворювань можуть навіть посилюватись, для того щоб підтримати захисні реакції організму й усунути причини захворювання.

Основні правила призначення антигомотоксичних препаратів:

- У першу чергу використовується препарат, який відповідає переважному симптому чи синдрому.
- Якщо одночасно необхідне призначення декількох АГТП, то вони можуть застосовуватися окремо, послідовно друг за другом або усі разом.
- Якщо препарати випускаються в різних формах (таблетки, краплі), варто вважати їх рівноцінними. Вміст ампул може бути використаний для прийому усередину у виді "питних ампул".

Більшість АГТП застосовуються для лікування відповідних захворювань двома методами: методом короткострокової терапії при гострих станах і методом довгострокової терапії при хронічній патології. При лікуванні гострої патології препарат використовують у виді крапель або таблеток щогодини чи навіть частіше (кожні 15 хв.) до поліпшення стану. Розчини для ін'єкцій при гострому процесі призначають щодня. Загальне правило: чим більш тяжкий стан, тим частіше варто застосовувати препарат (але не більше 8 таблеток чи 200 крапель на добу). Після поліпшення стану число прийомів ліків скорочується. При довгостроковій терапії хронічних захворювань препарати призначають по 1 таблетці або по 10 крапель під язик 3 рази на день. Ін'єкції проводяться 1-2 рази на тиждень.

Краплі готуються на спиртово-водній основі і їх застосування повинне бути обмежене для пацієнтів із захворюваннями печінки й особам, у яких навіть мінімальна кількість алкоголю може викликати погіршення стану. Таблетки не рекомендується вживати пацієнтам з підвищеною сприйнятливостю до лактози. Цукровий діабет не є протипоказанням для прийому таблеток. При тяжких формах цього захворювання, коли показана сувора дієта зі збалансованою кількістю вуглеводів, кожна таблетка (близько 300 мг) приймається за 0,025 хлібних одиниць (ХО).

Для практикуючих лікарів дуже важливо, що застосування антигомотоксичних препаратів не вимагає спеціальної підготовки з гомеопатії. Гомотоксикологія дозволяє застосовувати комплексні засоби, приготовлені

за гомеопатичною технологією, відповідно до симптомів захворювання і клінічного діагнозу. Тому антигомтоксичну терапію за правом вважають сполучною ланкою між алопатичною (традиційною) медициною і гомеопатією.

2. АНТИГОМОТОКСИЧНІ ПРЕПАРАТИ У ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

2.1. Функціональна диспепсія.

Функціональна диспепсія (ФД) – це самостійна нозологічна форма, яка включає в себе симптоми диспепсії при відсутності будь-яких органічних її причин (пептичної виразки, рефлюкс-езофагіта, рака шлунка й інших). За даними закордонних дослідників, ФД страждає приблизно 10-20% усього населення розвинутих країн, причому нею хворіють в основному особи молодого і середнього віку, тобто найбільш працездатна частина населення.

Відповідно до Римських критеріїв діагностики функціональних гастроентерологічних розладів, підставою для постановки діагнозу ФД є наявність протягом останніх 12 місяців протягом не менш 12 тижнів (не обов'язково послідовних) наступних симптомів: 1) персистуючи або рецидивуючи класичні симптоми диспепсії (біль чи дискомфорт у центральній верхній частині живота); 2) відсутність доказів наявності органічного захворювання (у першу чергу після проведення ЕГДС), що дозволяє пояснити наявні симптоми; 3) відсутність симптомів, які свідчать про те, що диспепсичні симптоми полегшуються чи зникають після дефекації чи зв'язані зі змінами частоти і форми випорожнень (тобто, виключення синдрому подразненої кишки).

Клінічно виділяють різні підвиди ФД - дисмоторну (нудота, відрижки, почуття важкості в надчерев'ї після їжі), виразковоподібну (голодні болі в надчерев'ї) і неспецифічну (сполучення симптомів), однак у процесі лікування симптоматика диспепсії часто змінюється.

2.1.1. Лікування функціональної диспепсії.

Лікування ФД, як і будь-якого функціонального захворювання, являє со-

бою надзвичайно важку задачу і є, власне кажучи, емпіричним. Застосовуються кислотознижуючі препарати (антациди, H₂-гістаміноблокатори, інгібітори протонної помпи), прокінетики, спазмолітики, різні антигелікобактерні схеми лікування, у рефрактерних випадках - антидепресанти.

За частотою застосування і надання клінічного ефекту при лікуванні ФД на першому місці стоять прокінетики і кислотознижуючі препарати, на лікування якими відповідає від 25 до 40-50% хворих. Нерідко ефект вдається одержати від прийому різних фітопрепаратів. У частини хворих (близько 20-25%) симптоми ФД зникають спонтанно і без проведення спеціального лікування, вже після докладної роз'яснювальної бесіди з гастроентерологом і психотерапії.

Зважаючи на те, що у виникненні ФД можуть приймати участь досить різнобічні фактори, поки що жоден фармакологічний агент не може вважатися при диспепсії панацеєю. У зв'язку з цим, пошук різних препаратів і методів лікування ФД продовжується.

Одним з перспективних напрямків є застосування АГТП.

2.1.2. Антигомотоксичні препарати в лікуванні ФД.

Основні препарати і схеми АГТ при ФД представлені в таблиці 2.1.1.

Таблиця 3.1.1. Антигомотоксичні препарати в лікуванні ФД

Препарат	Доза і спосіб застосування	Тривалість	Переважні показання
Нукс воміка-Гомакорд	10 крап. сублінгвально 3 р/день	14-28 днів	Виразковоподібний варіант ФД
Гастрікумель	1 табл. сублінгвально 3 р/день	14-28 днів	Виразковоподібний і неспецифічний варіанти ФД
Нукс воміка-Гомакорд + Гастрікумель	10 крап. сублінгвально 3 р/день 1 табл. сублінгвально 3 р/день	14-28 днів	Виразковоподібний і неспецифічний варіанти ФД

АГТ при ФД може призначатися в основному як альтернативний вид лікування й ефективна в середньому в 35-40% хворих. Крім того, її можна розглядати як один з основних методів лікування ФД за наявності медикаментозної алергії.

Найбільший ефект відзначається при виразковоподібному і неспецифічно-

му варіантах перебігу ФД. Препаратами вибору є "Нукс воміка-Гомакорд" і "Гастрікумель", які можуть застосовуватися як у виді монотерапії, так і в комбінації один з одним.

Таким чином, основні стратегії лікування ФД можна розділити на традиційні (першу і другу лінію лікування) і альтернативні, котрі можуть застосовуватися і як перша, і як друга лінія лікування (табл. 2.1.2).

Таблиця 2.1.2. Основні стратегії лікування ФД

Традиційне лікування:

Перша лінія лікування:

- ◆ Емпірична монотерапія кислотознижуючими препаратами (антациди, H₂-гістаміноблокатори, інгібітори протонної помпи)
- ◆ Емпірична терапія прокінетиками
- ◆ Ерадикація Нр-інфекції

Друга лінія лікування:

- ◆ Терапія антидепресантами
- ◆ Різні види психотерапії
- ◆ Фітотерапія

Альтернативні види лікування (застосовуються на будь-якому етапі лікування):

- ◆ *Антигомотоксична терапія* ("Нукс воміка-Гомакорд", "Гастрікумель")
- ◆ Спазмолітики
- ◆ 5HT₃-антагоністи і 5HT₄-агоністи

2.2. Хронічний гастрит.

Хронічний гастрит (ХГ) – хронічне захворювання шлунка, що морфологічно характеризується запальними і дистрофічними процесами в слизовій оболонці шлунка (СОШ).

Основною причиною виникнення і розвитку ХГ (у 90% випадків) є грамнегативний мікроорганізм - *Н.рулогі* (Нр), який був виділений у 1982 р. австралійськими дослідниками Б.Маршаллом і Р.Уорреном, які вперше показали його

етіологічну причетність до ХГ і нелікарських пептичних виразок. Згодом було встановлено, що Нр-інфекція є також причиною виникнення MALT-лімфом шлунка й у 70% випадків відповідальна за розвиток некардиального раку шлунка. За це відкриття Б.Маршалл і Р.Уоррен були удостоєні Нобелівської премії з медицини за 2005 рік.

Нр-інфекція, що не лікується, приблизно в 50% пацієнтів призводить до розвитку атрофічного гастриту.

У 5-10% випадків причиною розвитку атрофічного гастриту може бути аутоімунний процес, етіологія якого невідома. У таких пацієнтів ХГ розвивається значно швидше, призводить до розвитку спочатку гіпохлоргідрії, а потім - ахлоргідрії, що часто супроводжується дефіцитом вітаміну В₁₂ і підвищенням рівня сироваткового гомоцистеїну.

Основний метод діагностики ХГ – морфологічне дослідження біоптатів СОШ. На підставі проведення тільки рутинної верхньої ендоскопії без біопсії ставити діагноз ХГ не можна. В даний час, якщо в пацієнта є симптоми диспепсії, а при проведенні гастроскопії в шлунку не виявлено будь-яких ерозивно-виразкових змін і не проведена біопсія, лікарям - ендоскопістам рекомендується ставити ендоскопічний діагноз «ерітематозна гастропатія» (або описувати норму), а клініцистам – користатися діагнозом «функціональна диспепсія».

2.2.1. Лікування хронічного гастриту.

Лікування і ведення хворих із ХГ залежить від його етіології і типу, а також наявності і ступеня виразності атрофії СОШ.

В основі лікування ХГ типу В, тобто викликаного Нр-інфекцією, лежить етіологічна терапія, спрямована на ерадикацію інфекції. Основні принципи лікування Нр-інфекції сформульовані в численних консенсусах. Для країн Євро-союзу на сьогоднішній день – це Маастрихтський консенсус 2-2000 і Маастрихтський консенсус 3-2005.

Найбільш ефективна схема ерадикаційного лікування - потрійна терапія на основі інгібіторів протонної помпи (ІПП). Тому в якості стандартної першої лі-

нії антигелікобактерної противиразкової терапії призначаються ІПП у стандартній дозі 2 р/день + кларитроміцин 500 мг 2 р/день + амоксицилін 1000 мг 2 р/день або метронідазол 500 мг 2 р/день. Потрійна терапія призначається, як мінімум, на 7 днів.

Загальноприйнятої тактики лікування автоімунного ХГ у даний час немає. В основному проводиться симптоматичне лікування – індивідуальна дієта, що передбачає функціональне, механічне, термічне і хімічне оберігання шлунка, замісна терапія (натуральний шлунковий сік, розведена соляна кислота, ацидин-пепсин, пепсидил, ферментні препарати, що містять жовчні кислоти - фестал, панзинорм і ін.). Можуть широко застосовуватися обволікаючі і в'язучі рослини засоби. При супутній мегалобластній анемії додатково призначаються ін'єкції вітаміну В₁₂ (доза залежать від виразності анемії).

Одним з перспективних видів лікування усіх форм ХГ є АГТ.

2.2.2. Антигомотоксичні препарати в лікуванні хронічного гастриту.

Антигомотоксичні препарати можуть застосовуватися як при гелікобактерному ХГ (з метою ерадикації Нр-інфекції), так і при автоімунному ХГ (для поліпшення метаболічних і трофічних процесів у СОШ), у виді монотерапії чи в різних комбінаціях (таблиця 2.2.1).

Таблиця 2.2.1. Антигомотоксична терапія при ХГ

Препарат	Доза і спосіб застосування	Тривалість	Переважаючі показання
Нукс воміка-Гомакорд + Лімфоміозот + Коензим композитум + Убіхінон композитум (змішати в 1 шприці) + Траумель С	10 крап. сублінгвально 3 р/день 15 крап. 3 р/день По 1 амп. 1 раз на тиждень п/шк, в/м 1 табл. сублінгвально 3 р/день	14-28 днів	Ерадикація Нр при хронічному гелікобактерному гастриті: • Як доповнення до антигелікобактерної терапії • Як альтернативний метод ерадикації за наявності медикаментозної алергії
Гастрікумель + Мукоза	1 табл. сублінгвально 3 р/день 1 амп. 1-2 р/тиж.	3-4 тижні	Атрофічний гастрит, постерадикаційний синдром

композитум	№6-8		
Гастрikumель + Коензим композитум	1 табл. сублінгваль- но 3 р/день 1 амп. 2 р/тиж. №6-8	3-4 тижні	Атрофічний гастрит
Нукс воміка- Гомакорд	10 крап. сублінгва- льно 3 р/день	14-28 днів	Поверхневий гастрит
Гастрikumель	1 табл. сублінгваль- но 3 р/день	14-28 днів	Поверхневий гастрит
Нукс воміка- Гомакорд + Гастрikumель	10 крап. сублінгва- льно 3 р/день 1 табл. сублінгваль- но 3 р/день	14-28 днів	Поверхневий гастрит

2.3. Пептичні виразки шлунка і дванадцятипалої кишки.

Пептична виразка (ПВ) – дефект СО шлунка чи 12-палої кишки, що виникає внаслідок невідповідності факторів агресії і захисту в СОШ і виходить за її межі (у підслизову основу, м'язову оболонку, або проходить через усю стінку шлунка чи 12-палої кишки). На відміну від виразок, ерозії є поверхневими ушкодженнями тільки СО і не виходять за її межі.

Виразкова хвороба (ВХ) – доброякісні пептичні виразки, індуковані інфекцією *H. pylori* (*Hp*). ВХ є розповсюдженим захворюванням, яким протягом життя страждає 10-15% усього дорослого населення. Вірогідно частіше хворіють чоловіки у віці до 50 років.

У країнах Східної Європи в дев'ятох з десяти випадків пептичні виразки асоційовані з *Hp*-інфекцією. При неправильному лікуванні (за відсутності етіологічного антигелікобактерного лікування) ВХ характеризується високим рівнем виникнення рецидивів (60-80% протягом 1 року) і ускладнень (у 15-20% хворих).

Друга основна причина виникнення пептичних виразок – прийом аспірину й інших НПЗП. Серед пацієнтів, що постійно приймають НПЗП, виразки шлунка і/чи 12-палої кишки виникають приблизно в 11-13%.

Основним методом діагностики, що проводиться у всіх випадках для верифікації діагнозу ВХ, є ЕГДС, яка повинна супроводжуватися узяттям біопсії

СОШ для проведення швидкого уреазного тесту (для експрес-діагностики Нр-інфекції в ендоскопічному кабінеті), а також морфологічного дослідження СОШ (для діагностики атрофії, дисплазії чи неоплазії, виключення рідких і атипічних причин виразок СО).

2.3.1. Лікування виразкової хвороби.

Основна стратегія лікування ВХ (Нр-позитивних пептичних виразок) – проведення антигелікобактерної терапії. Перша і друга лінія антигелікобактерної терапії відповідно до Маастрихтського консенсусу 2-2000 представлені в таблиці 2.3.1.

Вилікування Нр-інфекції в переважній більшості випадків означає вилікування ВХ. Однак практичний досвід показує, що частина хворих (близько 15-20%), незважаючи на повне загоєння виразки і відсутність Нр-інфекції, повертається для повторних консультацій і лікування. Це явище зветься «повернення клініки» чи «постерадикаційний синдром». Основними клінічними ознаками в даній категорії пацієнтів є симптоми гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, виразковоподібної чи дисмоторної диспепсії, синдрому подразненої кишки, захворювань гепатобіліарної зони або підшлункової залози, які вимагають відповідного лікування.

**Таблиця 2.3.1. Лікування Нр-позитивних пептичних виразок
(Маастрихтський консенсус 2-2000, 21-22 вересня 2000 р.)**

Терапія першої лінії:

- ◆ ППП у стандартній дозі (омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг, пантопразол 40 мг, рабепразол 20 мг, езомепразол 20 мг) 2 р/день +
- ◆ Кларитроміцин - 500 мг 2 р/день +
- ◆ Амоксицилін - 1000 мг 2 р/день або метронідазол - 500 мг 2 р/день

*Мінімальна тривалість лікування - мінімум 7 днів**

Терапія другої лінії (резервна)

- ППП у стандартній дозі 2 р/день +
- Тетрациклін 500 мг 4 р/день +

- Колоїдний субцитрат вісмуту 120 мг 4 р/день +
- Метронідазол 500 мг 3 р/день

*Протягом 7-10 днів**

Примітка:

* після проведення потрібної терапії звичайно призначається «долікування» антисекреторним препаратом (інгібітором протонної помпи або H₂-гістаміноблокатором) у стандартній дозі протягом 2-х тижнів (при виразках 12-палої кишки) чи 3-6 тижнів (при виразках шлунка).

При Нр-негативних виразках основним методом лікування є застосування ІПП, що у даний час є основними препаратами для лікування пептичних виразок. При їхньому застосуванні в стандартних дозах більш 95% дуоденальних виразок загоюються протягом 3-4-х тижнів, більш 90% доброякісних виразок шлунка – протягом 4-8 тижнів.

Крім традиційних методів лікування в ряді випадків при пептичних виразках можуть застосовуватися й АГТП.

2.3.2. Антигомотоксичні препарати в лікуванні пептичних виразок.

Антигомотоксичні препарати при ВХ можуть застосовуватися в декількох випадках:

- як додатковий компонент антигелікобактерної терапії (для посилення антигелікобактерного ефекту і зменшення виразності побічних ефектів);
- як альтернативний метод антигелікобактерної терапії за наявності медикаментозної алергії;
- при синдромі „повернення клініки” після проведення курсу ерадикаційної терапії;
- як доповнення до алопатичної терапії з метою підвищення ефективності лікування виразок шлунка, зокрема, при виразках шлунка, які довго не загоюються.

Основні АГТП і схеми лікування представлені в таблиці 2.3.2.

Таблиця 2.3.2. Антигомотоксична терапія при ВХ

Препарат	Доза і спосіб застосування	Тривалість	Переважні показання
Нукс воміка-Гомакорд + Лімфоміозот + Коензим композитум + Убіхінон композитум (змішати в 1 шприці) + Траумель С	10 крап. сублінгвально 3 р/день 15 крап. 3 р/день По 1 амп. 1 раз у тиждень п/ш, в/м 1 табл. сублінгвально 3 р/день	14-28 днів	Ерадикація Нр-інфекції
Гастрікумель + Мукоза композитум	1 табл. сублінгвально 3 р/день 1 амп. 1-2 р/тиж. №6-8	3-4 тижні	Синдром «повернення клініки» (постерадикаційний синдром)
Гастрікумель + Коензим композитум	1 табл. сублінгвально 3 р/день 1 ампула 2 р/тиж. №6-8	3-4 тижні	Синдром «повернення клініки»
Нукс воміка-Гомакорд	10 крап. сублінгвально 3 р/день	14-28 днів	Синдром «повернення клініки»
Гастрікумель	1 табл. сублінгвально 3 р/день	14-28 днів	Синдром «повернення клініки»
Нукс воміка-Гомакорд + Гастрікумель	10 крап. сублінгвально 3 р/день 1 табл. сублінгвально 3 р/день	14-28 днів	Синдром «повернення клініки»
Мукоза композитум + Алопатична терапія	1 амп. 1-2 р/тиж. №8-16	4-8 тижнів	Виразки шлунка

3. АНТИГОМОТОКСИЧНІ ПРЕПАРАТИ

У ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКУ

3.1. Синдром подразненої кишки.

Синдром подразненої кишки (СПК) – комплекс функціональних розладів кишечника з різноманітними симптомами, головними з яких є абдомінальний біль чи дискомфорт, що зменшуються чи зникають після дефекації та супроводжуються зміною частоти чи консистенції випорожнень.

СПК є загальносвітовою проблемою, що торкається всіх рас і вікових груп,

незалежно від статі (жінки хворіють приблизно в 2,5 рази частіше). Точна поширеність СПК не відома, однак вважається, що в західних країнах його середня поширеність – близько 15-20% усієї популяції населення. СПК – це найбільш часта причина кишкових розладів у суспільстві, найбільш загальна причина, що змушує пацієнтів звертатися до сімейних лікарів із приводу кишкових скарг і один з найбільш частих діагнозів, що ставлять гастроентерологи в західних країнах.

Для первинної діагностики СПК у даний час використовують Римські критерії II. Відповідно до них, діагноз СПК можна запідозрити, якщо протягом 12 і більш тижнів протягом останніх 12 місяців абдомінальний дискомфорт чи біль сполучається з двома з трьох симптомів: 1) полегшення після дефекації і/чи; 2) симптоми сполучаються зі зміною частоти випорожнень і/чи; 3) симптоми сполучаються зі зміною консистенції випорожнень. Три чи більш з наступних симптомів підтверджують наявність СПК: 1) зміна частоти випорожнень (більше 3-х разів у день чи менше 3-х разів у тиждень); 2) зміна форми випорожнень (грудкуватий/твердий чи неоформлений/рідкий) > ¼ дефекацій; 3) порушення акта дефекації (утруднення, нетримання чи почуття неповної дефекації) > ¼ дефекацій; 4) виділення слизу з калом > ¼ дефекацій; 5) почуття здуття і розпирання в животі > ¼ дефекацій.

3.1.1 Лікування синдрому подразненої кишки.

СПК являє собою хронічний стан, що після свого дебюту в більшості випадків зберігається тривалий час, нерідко – усе життя. Його лікування являє собою складну задачу. Наявність і виразність симптомів при СПК часто варіюють не тільки серед різних пацієнтів, але і протягом певного часу в того самого пацієнта, тобто має місце виражений поліморфізм клінічних ознак. У зв'язку з цим, не існує препарату, що був би ефективний при усіх формах СПК. Тому часто приходится емпірично призначати кілька ліків чи методів лікування, що потенційно ефективні при різних формах СПК.

Як правило, медикаментозне лікування залежить від переважаючого клінічного симптому. При больовому варіанті перевагу віддають спазмолітикам, при

перевазі закріпу – різним проносним засобам, при перевазі діареї – лоперамиду й антидепресантам.

Обов'язковою складовою лікування є ведення харчового щоденника й індивідуально підібрана дієта, що також залежить від переваги закріпу чи діареї.

Зважаючи на те, що стійкий клінічний ефект навіть при вдало підбраному лікуванні відзначається не більш, ніж у 25% хворих СПК, вони частіше, ніж інші контингенти пацієнтів, звертаються до нетрадиційної медицини, включаючи АГТ, що нерідко виявляється ефективною і є безпечною.

3.1.2 Антигомотоксичні препарати в лікуванні СПК.

АГТ може застосовуватись як альтернативний метод лікування при будь-якому підвиді СПК практично на будь-якому етапі його лікування, і як єдиний метод лікування, і як доповнення до базисної алопатичної терапії. З антигомотоксичних препаратів у лікуванні СПК застосовуються "Мукоза композитум", "Момордика композитум" і "Галіум-Хеель". При перевазі больового синдрому додатково може призначатися "Вібуркол", а при супутньому астено-депресивному синдромі – Ігнація-Гомакорд і "Нервохеель".

Частіше застосовується поєднане застосування вищевказаних препаратів (таблиця 3.1.1).

Таблиця 3.1.1. Антигомотоксичні препарати в лікуванні СПК

Препарат	Доза і спосіб застосування	Тривалість	Переважні показання
Мукоза композитум +	1 амп. в/м 1 раз у 3 дні №5-6 +	2-3 тижні	СПК із перевагою діареї
Момордика композитум +	1 амп. в/м 1 раз у 3 дні №10 +	4 тижні	
Галіум-Хеель	10 крап. сублінг-вально 3 р/день	4 тижні	
Вібуркол	По 1 свічі 2-3 р/день	2-4 тижні	СПК із перевагою больового синдрому
Ігнація-Гомакорд	10 крап. 3 р/день за 30 хв. до їжі	2-4 тижні	Супутній астено-депресивний синдром
Нервохеель	1 табл. 3 р/день за 20 хв. до їжі	4 тижні	Супутній астено-депресивний синдром

Антигомотоксичні препарати добре переносяться хворими і дозволяють підвищити ефективність лікування хворих з СПК. Застосування даних препаратів сприяє більш швидкому і значному зменшенню виразності клінічних проявів, поліпшенню стану мікрофлори кишечника, поліпшенню показників якості життя (у середньому в 60-70% хворих). Велика ефективність антигомотоксических препаратів відзначається при СПК із перевагою діареї.

Враховуючи вищесказане, АГТ можна розглядати як одну з основних стратегій лікування СПК, що може застосовуватися і як перша, і як друга лінія лікування (табл. 3.1.2).

Таблиця 3.1.2. Основні стратегії лікування СПК

Терапія першої лінії

- **Загальні заходи:**
 - Пояснення пацієнту можливих причин і механізмів розвитку кишкових розладів
 - Ведення пацієнтом індивідуального щоденника
- **Рекомендації з харчування з урахуванням домінуючого варіанта СПК:**
 - **При перевазі діареї:**
 - Обмеження грубих харчових волокон; виключення сорбітола, фруктози, кави, алкоголю, газованих напоїв; продуктів, що підсилюють газоутворення (молока, капусти, бобових)
 - **При перевазі закріпів:**
 - Дієта з високим змістом рослинної клітковини, висівців
- **Традиційна медикаментозна терапія:**
 - **Кишкові спазмолітики** (гіосцина бутілбромід, мебеверин, пінаверія бромід, отілонія бромід) - при перевазі абдомінального болю
 - **Лоперамід, смекта** - при перевазі діареї:
 - **Проносні** (мукофальк, лактулоза, макрогіль й ін.) - при перевазі закріпів
 - **Антигомотоксична терапія** – переважно при перевазі діареї і больовому варіанті

Терапія другої лінії

- **Агоністи чи антагоністи серотонінових рецепторів**
- **Трициклічні антидепресанти (низькі дози)**
- **Різні види психотерапії**
- **Фітотерапія**
- *Антигомотоксична терапія (при неефективності інших методів лікування)*

3.2. Запальні захворювання кишечника (ЗЗК).

Неспецифічний виразковий коліт (НВК) – хронічне запальне захворювання товстої кишки невідомого походження, що клінічно виявляється рецидивуючим перебігом з періодами кривавої діареї, а патоморфологічно - дифузним поверхневим запаленням у стінці товстої кишки. Запалення має проксимальну поширеність від rectum і обмежується ректальною і товстокишковою слизовою оболонкою.

Хвороба Крона (ХК) – хронічне рецидивуюче захворювання, специфічною особливістю якого є сегментарне трансмуральне гранулематозне запалення будь-якого відділу травного каналу від порожнини рота до ануса. Найбільш часто уражається одночасно тонка і товста кишка (ілеоколіт – 40-55%) і аноректальна область (30-40%). Трохи рідше хвороба обмежується тільки тонкою (25-30%), товстою (20-25%) чи прямою (11-26%) кишкою. У 3-5% випадків уражаються верхні відділи – стравохід, шлунок і 12-пала кишка.

Етіологія НВК і ХК дотепер точно невідома. Характерними симптомами є діарея з домішкою крові і слизу, біль у животі, тенезми, підвищена температура тіла, анемія, кахексія, інфільтрати, що пальпуються, і абсцеси в черевній порожнині, періанальні і кишкові фістули й абсцеси (при ХК). Нерідкими є ускладнення у виді токсичної дилатації кишки, перфорації, кровотечі, стенозів, псевдополіпоза, рака товстої кишки. При НВК і ХК часто з'являються внекишкові прояви – ураження шкіри і слизових оболонок, ока, суглобів, печінки і жовчних проток, судин. Верифікація діагнозу НВК і ХК проводиться на підставі колоноскопії і морфологічного дослідження біоптатів.

3.2.1. Лікування запальних захворювань кишечника.

Зважаючи на те, що ЗЗК розглядаються як автоімунні захворювання кишечника з частими внекишковими проявами, їхнє лікування пов'язане з великими труднощами і продовжується дуже довго, практично – усе життя. Основною задачею є купування гострих проявів, досягнення і максимальне продовження ремісії. Повне одужання, як правило, неможливо.

Основними базисними терапевтичними засобами є препарати 5-аміносаліцилової кислоти (месалазин), кортикостероїди (будезонід, преднізолон), імуносупресанти (азатиоприн, метотрексат). За показниками застосовуються антибіотики, метронідазол, інфліксимаб, хірургічне лікування.

3.2.2. Антигомотоксичні препарати в лікуванні ЗЗК.

АГТ при ЗЗК може проводитися після купування гострих проявів, з метою прискорення досягнення ремісії і її максимального продовження. З цією метою можуть застосовуватися "Мукоза композитум" і "Нукс вомика-Гомакорд" (таблиця 3.2.1).

Таблиця 3.2.1. Антигомотоксичні препарати в лікуванні ЗЗК

Препарат	Доза і спосіб застосування	Тривалість	Переважні показання
Мукоза композитум	1 ампл. в/м 1 раз у 3 дні №6-8	3-4 тижні	Досягнення ремісії після купування гострих проявів
Нукс вомика-Гомакорд	10 крапл. сублінгвально 3 р/день	4 тижні	Досягнення ремісії після купування гострих проявів

Як правило, АГТ призначається як доповнення до алопатичної терапії, хоча в легких випадках можливо її застосування у виді монотерапії.

4. АНТИГОМОТОКСИЧНІ ПРЕПАРАТИ У ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ

4.1. Стеатози і стеатогепатити

Стеатоз печінки – жирова дистрофія печінки, що розвивається практично у всіх осіб, які зловживають алкоголем.

Стеатогепатит – сполучення жирового гепатоза і гепатиту. Основною причиною також є зловживання алкоголем.

Факторами ризику розвитку стеатоза і стеатогепатита, крім алкоголю, є ожиріння, цукровий діабет і гіперглікемія, гіперліпідемія, повне парентеральне харчування, різні хірургічні втручання на тонкій кишці, прийом деяких лікарських засобів.

Неалкогольний стеатогепатит – самостійна нозологічна форма, для якої характерні підвищення активності ферментів печінки в крові і морфологічні зміни в біоптатах печінці, подібні до змін при алкогольному гепатиті; однак ці пацієнти не вживають алкоголь у кількостях, здатних викликати ушкодження печінки.

Діагностика ґрунтується на виявленні ознак зловживання алкоголем чи інших захворювань, виключенні інфікування вірусами гепатиту, характерних результатах ультразвукового дослідження і біопсії печінки, підвищенні активності печінкових ферментів (АСТ, ГГТ).

4.1.1. Лікування стеатоза і стеатогепатита.

Основна умова ефективного лікування – повне стримання від алкоголю, повноцінне харчування з додаванням полівітамінів, лікування супутніх фонових захворювань. Препаратами вибору є метаболічні засоби (есенціальні фосфоліпіди), адеметіонин, урсодезоксихолева кислота, гепатопротектори рослинного походження.

4.1.2. Антигомотоксичні препарати в лікуванні стеатоза і стеатогепатита.

Антигомотоксичні препарати, що застосовуються в лікуванні стеатоза і стеатогепатита, представлені в таблиці 4.1.1. Вони можуть застосовуватися у виді монотерапії як альтернатива гепатопротекторам, або в складі комбінованої терапії, разом з алопатичними засобами.

Таблиця 4.1.1. Антигомотоксичні препарати в лікуванні стеатоза і стеатогепатита

Препарат	Доза і спосіб застосування	Тривалість	Переважні показання
Нукс вомика-Гомакорд	10 крап. сублінгвально 3 р/день	4 тижні	Алкогольний стеатоз, стеатогепатит
Коензим	1 амп. в/м 2-3 р/тиж.	3-4 тижні	Алкогольний стеа-

композитум	№10		тоз, стеатогепатит
------------	-----	--	--------------------

4.2. Хронічні гепатити.

Хронічний гепатит – хронічне запальне захворювання печінки, що продовжується більше 6 місяців без тенденції до поліпшення.

Хронічний вірусний гепатит (ХВГ) викликається вірусами В, С і D, що передаються парентеральним шляхом.

Медикаментозні гепатити є наслідком прийому деяких лікарських препаратів (аміодарон, естрогени, антигіпертензивні препарати, антибіотики, протитуберкульозні препарати, нітрофурани, протималярійні препарати, фібрати, препарати нікотинової кислоти й ін.).

Автоімунний гепатит - хронічне захворювання печінки невідомої етіології, що характеризується перипортальним чи поширеним некротично-запальним процесом у печінці, наявністю гіпергаммаглобулінемії і широкого спектру тканинних автоантитіл.

Діагностика хронічних гепатитів ґрунтується на біохімічному підтвердженні ушкодження печінки (підвищення рівня печінкових ферментів, білірубіна, тимолової проби, диспротеїнемії, гіпергаммаглобулінемії), гістологічному підтвердженні запалення в біоптатах печінки, визначенні серологічних маркерів вірусів гепатитів В, С, D (HBs Ag, HBe Ag, анти HBe, HBc IgM, IgG, анти HBc IgG, IgM) при ХВГ, визначення підвищених титрів антинуклеарних, антигладком'язевих чи антимітохондріальних автоантитіл при автоімунному гепатиті, даних ультразвукового дослідження печінки і селезінки.

4.2.1. Лікування хронічних гепатитів.

Основою лікування ХВГ є етіотропна противірусна терапія (застосування інтерферону й інших противірусних препаратів – ламівудину, рібавіріну).

Основний принцип лікування медикаментозних гепатитів – термінове скасування препаратів, унаслідок яких розвився гепатит. Показано повноцінне дієтичне харчування з виключенням продуктів і блюд, що є навантажувальними для печінки (смажені, копчені, жирні продукти). У важких випадках застосовують кортикостероїди, урсодезоксихолеву кислоту.

При автоімунних гепатитах на перший план виходить патогенетична імуно-носупресивна терапія, основою якої є кортикостероїди (преднізолон і 6-метілпреднізолон).

4.2.2. Антигомотоксичні препарати в лікуванні хронічних гепатитів.

Препарати і схеми АГТ, що рекомендуються при хронічних гепатитах, представлені в таблиці 4.2.1.

Вони можуть застосовуватися в наступних випадках:

- у комбінації з алопатичними засобами для посилення дії останніх і зменшення виразності їхніх побічних ефектів;
- у виді монотерапії, особливо при медикаментозних гепатитах, коли застосування більшості алопатичних препаратів є протипоказаним.

Таблиця .2.1. Антигомотоксичні препарати в лікуванні хронічних гепатитів

Препарат	Доза і спосіб застосування	Тривалість	Переважні показання
Гепар композитум + Коензим композитум + Хепель	1 амп. в/м 2 р/тиж. № 8-10 1 амп. в/м 2-3 р/тиж. №10 1 табл. сублінгвально 3 р/день за 15-20 хв. до їжі	4 тижні	Хронічні вірусні і токсичні (медикаментозні) гепатити
Траумель С + Коензим композитум + Хепель	1 табл. 3 р/день 1 амп. в/м 2-3 р/тиж. №10 1 табл. сублінгвально 3 р/день за 15-20 хв. до їжі	4 тижні	Алкогольні і токсичні (медикаментозні) гепатити
Гепар композитум + алопатична терапія	1 амп. в/м 1 р/тиж. № 4-5	4 тижні	Хронічні вірусні і токсичні гепатити
Енгістол	1 табл. 3 р/день сублінгвально	3-4 тижні	Вірусні гепатити
Ехінацея композитум С	1 амп. 1-3 р/тиж. в/м, п/шк	3-4 тижні	Вірусні гепатити (непрямий протівірусний ефект)

4.3. Цирози печінки.

Цироз печінки - хронічне дифузне поліетіологічне захворювання печінки, що характеризується дифузним розростанням сполучної тканини, порушенням її нормальної часточкової архітекτονіки унаслідок фіброзу й утворення структурно-аномальних вузлів регенерації, що обумовлюють розвиток функціональної недостатності печінки і портальної гіпертензії.

Основними етіологічними факторами є віруси гепатиту В, С, D, G, а також хронічне зловживання алкоголем. Доведена також етіологічна роль автоімунного гепатиту, деяких токсичних і медикаментозних засобів, захворювань жовчовивідних шляхів (стриктури, склерозуючий холангіт), гемохроматоза, хвороби Вільсона-Коновалова, альфа-1-антитрипсинової недостатності, венозного застою (хронічна правошлуночкова недостатність, синдром Бадда-Кіарі). У 26% хворих етіологічний фактор не виявляється (криптогенні цирози).

Діагноз ґрунтується на ретельному анамнезі (перенесений вірусний гепатит, алкоголізм), виявленні характерних симптомів (астено-вегетативний, холестатичний, гепато-лієнальний, портальна гіпертензія, печінкова недостатність), даних ультразвукового і біохімічного дослідження печінки (підвищення активності ферментів, білірубіна, тимолової проби, диспротеїнемія), результатах біопсії печінки.

4.3.1. Лікування цирозів печінки.

Обов'язковим є повне виключення алкоголю і гепатотоксичних факторів, збалансована дієта. При вірусних цирозах у стадії компенсації проводять протівірусне лікування інтерфероном або ламівудином. При алкогольних і біліарних цирозах застосовують урсодезоксихолеву кислоту, рослинні гепатопротектори, адеметіонин, ліпоєву кислоту, проводять симптоматичну терапію.

4.3.2. Антигомотоксичні препарати в лікуванні цирозів печінки.

Препарати і схеми АГТ, що рекомендуються при цирозах печінки, представлені в таблиці 4.3.1. Як правило, вони застосовуються в складі комбінованої терапії, разом з алопатичними препаратами.

Таблиця 4.3.1. Антигомотоксичні препарати в лікуванні цирозів печінки

Препарат	Доза і спосіб застосування	Тривалість	Переважаючі показання
Гепар композитум + Коензим композитум + Хепель	1 амп. в/м 2 р/тиж. № 8-10 1 амп. в/м 2-3 р/тиж. №10 1 табл. сублінгвально 3 р/день за 15-20 хв. до їжі	4 тижні	Алкогільні, медикаментозні, токсичні цирози печінки
Гепар композитум + Церебрум композитум Н	1 амп. в/м 1 р/тиж. № 4-5 1 амп. 2-3 р/тиж. №8-10	4 тижні	Печінкова енцефалопатія при декомпенсованому цирозі печінки
Гепар композитум + алопатична терапія	1 амп. в/м 1 р/тиж. № 4-5	4 тижні	Портальний цироз печінки

5. АНТИГОМОТОКСИЧНІ ПРЕПАРАТИ В ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

5.1. Функціональні біліарні розлади.

Функціональні біліарні розлади – це комплекс клінічних симптомів, що розвивається внаслідок моторно-тонічної дисфункції жовчного міхура (ЖМ) і/чи сфінктерного апарата жовчовивідних шляхів. Виділяють 2 типи біліарних дисфункцій – дисфункцію ЖМ і дисфункцію сфінктера Одді (ДСО).

Дисфункція ЖМ – це порушення скорочувальної функції ЖМ, що виявляється появою болю біліарного типу. Виділяють гіперкінетичну і гіпокінетичну дисфункції ЖМ.

Дисфункція сфінктера Одді (ДСО) – функціональний біліарний розлад, обумовлений порушенням його скорочувальної функції, що перешкоджає нормальному відтоку жовчі і панкреатичного секрету в дванадцятипалу кишку при відсутності органічної патології.

Характерними клінічними проявами біліарних дисфункцій є повторні епізоди помірного чи вираженого болю в правому підребер'ї тривалістю 20 хвилин і більше протягом не менше 3-х місяців, що виникають після прийому їжі або

вночі, іррадіюють в спину, праве плече чи лопатку, нерідко сполучаються з нудотою чи блювотою.

Дисфункція ЖМ підтверджується при виявленні порушення скорочувальної функції ЖМ під час проведення динамічного ультразвукового дослідження з жовчогінним сніданком при відсутності органічних змін. Для ДСО характерно мінуче підвищення АСТ і/чи ЛФ у 2 і більше разів, уповільнення відтоку жовчі більше 45 хвилин, розширення холедоха більше 12 мм при відсутності будь-яких органічних змін.

5.1.1. Лікування біліарних дисфункцій.

Основою лікування є суворе дотримання дієти з обмеженням жирної, смаженої їжі, часте роздрібнене харчування (стіл 5), виключення алкоголю і газованих напоїв, застосування спазмолітиків (мебеверин, дротаверин, пінаверія бромід) при гіперкінетичній дисфункції ЖМ і ДСО чи жовчогінних засобів і дуоденальних тюбажів при гіпокінетичній дисфункції ЖМ.

5.1.2. Антигомотоксичні препарати в лікуванні біліарних дисфункцій.

Основним антигомотоксичним препаратом у лікуванні дисфункції ЖМ і ДСО є "Хепель". Можуть також застосовуватися "Гепар композитум", "Вібуркол", "Нукс вомика-Гомакорд" (таблиця 5.1.1). Як правило, вони призначаються як альтернатива алопатичним препаратам.

Таблиця 5.1.1. Антигомотоксичні препарати в лікуванні біліарних дисфункцій

Препарат	Доза і спосіб застосування	Тривалість	Переважні показання
Хепель	1 табл. сублінгвально 3 р/день за 15-20 хв. до їжі	2-4 тижні	ДСО, дисфункція ЖМ
Вібуркол	По 1 свічі 2-3 р/день	2-4 тижні	ДСО, гіперкінетична дисфункція ЖМ
Гепар композитум	1 амп. в/м 2 р/тиж. № 6-8	3-4 тижні	ДСО, гіперкінетична дисфункція ЖМ у сполученні із захворюваннями печінки
Нукс вомика-	10 крап. сублінгва-	14-28	Гіпокінетична дисфункція

Гомакорд	льно 3 р/день	днів	ЖМ
----------	---------------	------	----

5.2. Жовчнокам'яна хвороба, хронічні холецистити і холангіти.

Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) – захворювання гепатобіліарної системи, обумовлене порушенням обміну холестерину і/чи білірубину, яке характеризується утворенням каменів у жовчному міхурі і/чи жовчних протоках.

Хронічний холецистит (ХХ) – запалення ЖМ, переважно бактеріального походження, що виникає при біліарних дисфункціях, при наявності ЖКХ і без неї, паразитарних інвазіях.

Хронічний холангіт – запалення жовчних проток, найчастіше обумовлене наявністю в них бактеріальної інфекції.

Характерними клінічним проявами ЖКХ є повторні приступи біліарної коліки, які виникають після прийому їжі або вночі, іррадіюють в спину, праве плече або лопатку, нерідко сполучаються з нудотою чи блювотою. Діагноз ЖКХ і ХХ найчастіше ґрунтується на характерних даних УЗД, при якому чітко виявляються жовчні конкременти і/чи стовщення стінки ЖМ, а також даних рентгенологічного дослідження (рідше).

5.2.1. Лікування ЖКХ і хронічних холециститів.

Основний метод лікування ЖКХ – хірургічний (лапароскопічна або відкрита холецистектомія). При наявності дрібних конкрементів застосовується медикаментозний літоліз препаратами жовчних кислот (урсодезоксихолева кислота). В усіх випадках при приступах жовчної коліки використовуються спазмолітики, при супутньому ХХ та холангіті призначаються антибіотики.

5.2.2. Антигомотоксичні препарати в лікуванні ЖКХ і ХХ.

При наявності протипоказань до оперативного лікування ЖКХ, а також у початковій (фізико-хімічній) стадії ЖКХ можуть застосовуватися такі антигомотоксичні препарати, як "Хепель", "Гепар композитум", "Момордика композитум" (при супутньому хронічному панкреатиті), "Мукоза композитум", "Ві-буркол" (таблиця 5.2.1).

**Таблиця 5.2.1. Антигомотоксичні препарати в лікуванні ЖКХ
і хронічного холециститу**

Препарат	Доза і спосіб застосування	Тривалість	Переважаючі показання
Хепель	1 табл. сублінгваль-но 3 р/день за 15-20 хв. до їжі	2-4 тижні	ЖКХ, ХХ, холангіт
Вібуркол	По 1 свічі 2-3 р/день	2-4 тижні	Пристипи жовчної коліки при ЖКХ
Гепар композитум	1 амп. в/м 2 р/тиж. № 6-8	3-4 тижні	ЖКХ і ХХ у сполученні з порушенням функції печінки
Мукоза композитум	1 амп. в/м 1 раз у 3 дні №6-8	3-4 тижні	ХХ, холангіт у сполученні з захворюваннями шлунка
Момордика композитум + Хепель + Гепар композитум + Коензим композитум + Убіхінон композитум	1 амп. в/м 1 раз у 3 дні 1 табл. 3 р/день сублінгваль-но 1 амп. в/м 2 р/тиж. № 6-8 1 амп. в/м 2-3 р/тиж. №10 1 амп. в/м 2 р/тиж.	3-4 тижні	ЖКХ, ХХ із супутнім хронічним панкреатитом

6. АНТИГОМОТОКСИЧНІ ПРЕПАРАТИ В ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

6.1. Хронічний панкреатит

Хронічний панкреатит (ХП) — прогресуючий запально-дегенеративно-склеротичний процес з фіброзно-кістозною перебудовою экзо- і ендокринного апарата підшлункової залози (ПЗ), кінцевим етапом якого є атрофія тканини залоз і острівців, що супроводжується розвитком зовнішньо- і внутрішньосекреторної недостатності органа. Принциповим є те, що морфологічні зміни ПЗ зберігаються, а в деяких випадках навіть прогресують після припинення дії етіологічного фактора.

Основними етіологічними факторами ХП є тривале зловживання алкого-

лем (50-70% випадків) і захворювання жовчного міхура і жовчовивідних шляхів (30-40%).

Виділяють кальцифікуючий, запальний (інфільтративно-фіброзний), обструктивний ХП і фіброз ПЗ.

Діагноз ХП ґрунтується на виявленні типової клінічної симптоматики (типовий больовий синдром, диспепсичний синдром, синдром мальдигестії, цукровий діабет), даних інструментальних (УЗД, комп'ютерна томографія, ЕРХПГ) і лабораторних (секретин-панкреозиміновий тест, фекальна еластаза-1) методів.

6.1.1. Лікування хронічного панкреатиту.

Основною метою лікування є купування (пригнічення) активного запалення в тканині ПЗ, купування (зменшення) больового синдрому й інших клінічних проявів ХП, компенсація функціональної недостатності ПЗ, досягнення стійкої ремісії і попередження розвитку та купування ускладнень.

Необхідним є довічне відмовлення від алкоголю, при загостреннях ХП - дотримання дієти №5п з виключенням блюд і продуктів, що стимулюють панкреатичну секрецію. При вираженому загостренні, тяжкому больовому синдромі — голод + лужне питво (не більше 2–3 діб), при необхідності аспірація шлункового вмісту. Застосовуються спазмолітики, антибактеріальні препарати, антисекреторні препарати, дезінтоксикаційні засоби. При супутній зовнішньосекреторній недостатності ПЗ (ЗНПЗ) призначаються ферментні препарати.

6.1.2. Антигомотоксичні препарати в лікуванні ХП.

АГТ при ХП може проводитися в наступних випадках:

- як доповнення до традиційної медикаментозної терапії для посилення дії останньої (особливо в резистентних випадках, наявності супутніх захворювань гастродуоденальної чи біліарної зони);
- як альтернативний метод лікування (особливо при наявності медикаментозної алергії).

Основним антигомотоксичним препаратом, що застосовується в лікуванні ХП є "Момордика композитум", який може застосовуватися як у виді монотерапії, так і в сполученні з іншими антигомотоксичними препаратами – "Лім-

фоміозот" (протиабрякова дія), "Траумель С" (протизапальна дія), "Галіум-Хеель" (дренажна дія на панкреоцити). Ін'єкційні форми препаратів рекомендується вводити п/шк в область проекції ПЗ.

Основні препарати і схеми АГТ, які застосовуються при ХП, представлені в таблиці 6.1.1.

Таблиця 6.1.2. Антигомотоксичні препарати в лікуванні хронічного панкреатиту

Препарат	Доза і спосіб застосування	Тривалість	Переважні показання
Момордика композитум + Лімфоміозот + Траумель С + Галіум-Хеель	1 амп. в/м 1 раз у 3 дні 15 крап. 3 р/день 1 табл. 3 р/день 10 крап. сублінгвально 3 р/день	3-4 тижні	Загострення хронічного панкреатиту
Момордика композитум + Хепель + Гепар композитум + Коензим композитум + Убіхінон композитум	1 амп. в/м 1 раз у 3 дні 1 табл. 3 р/день сублінгвально 1 амп. в/м 2 р/тиж. № 6-8 1 амп. в/м 2-3 р/тиж. №10 1 амп. в/м 2 р/тиж.	3-4 тижні	Хронічні панкреатити біліарної етіології

7. КОРОТКА ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ В ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ

Препарат	Основні ефекти	Основні гастроентерологічні показання	Спосіб застосування
Вібуркол	Спазмолітичний, знеболюючий	СПК із больовим синдромом, ЖКХ	По 1 свічі ректально 2-3 р/день
Галіум-Хеель	Протизапальний, імуномодулюючий, детоксикаційний	СПК, хронічний панкреатит	По 10 крап. сублінгвально 3 р/день за 15 хв. до їжі
Гастрікумель	Спазмолітичний, протизапальний,	Функціональна диспепсія, хроні-	По 1 табл. сублінгвально 3 р/день за 15

	знеболюючий	чні гастрити, метеоризм	хв. до їжі
Гепар композитум	Гепатопротекторний, жовчогінний, детоксикаційний, метаболічний, регенеруючий	Вірусні і токсичні гепатити, стеатози і стеатогепатити, цирози печінки, порушення дезінтоксикаційної функції печінки	По 1 ампл. 1-3 р/тиж. в/м, в/в, п/шк, у точки акупунктури
Ігнація-Гомакорд	Антидепресивний, седативний	СПК з астенодепресивним синдромом	По 10 крапл. сублінгвально 3 р/день за 15 хв. до їжі
Коензим композитум	Антиоксидантний, метаболічний, детоксикаційний	Цирози, гепатити, ЖКХ, холецистити, панкреатити, ерадикація Нр	По 1 ампл. 1-3 р/тиж. в/м, в/в, п/шк, у точки акупунктури
Лімфоміозот	Протинабряковий, детоксикаційний, імуномодулюючий, лімфодренувальний	Хронічний панкреатит, ерадикація Нр	По 10 крапл. сублінгвально 3 р/день за 15 хв. до їжі
Момордика композитум	Протизапальний, знеболюючий, спазмолітичний, протиблювотний	Хронічний панкреатит, СПК, ЖКХ, хронічний холецистит	По 1 ампл. 1-3 р/тиж. в/м, в/в, п/шк, у точки акупунктури
Мукоза композитум	Репаративний, протизапальний, імуномодулюючий	Запальні й ерозивно-виразкові зміни слизових оболонок ШКТ	По 1 ампл. 1-3 р/тиж. в/м, п/шк, в/шк, іноді – в/в
Нервохеель	Седативний, антидепресивний	СПК з астенодепресивним синдромом	По 1 табл. сублінгвально 3 р/день за 15 хв. до їжі
Нукс воміка-Гомакорд	Протизапальний, спазмолітичний, жовчогінний, вітрогінний	Функціональна диспепсія, хронічні гастрити, метеоризм, СПК	По 10 крапл. сублінгвально 3 р/день за 15 хв. до їжі
Траумель С	Універсальний протизапальний	Пептичні виразки, хронічні гепатити	По 1 ампл. 1-3 р/тиж. в/м, в/в, п/шк, у точки акупунктури
Убіхінон композитум	Метаболічний, антиоксидантний	Хронічний гелікобактерний гастрит	По 1 ампл. 1-3 р/тиж. в/м, в/в, п/шк, у точки акупунктури
Хепель	Протизапальний, спазмолітичний,	ЖКХ, холецистити, холангіти, ге-	По 1 табл. сублінгвально 3 р/день за 15

	жовчогінний, вітрогінний, гепатопротекторний	патити, цирози, СПК	хв. до їжі
Церебрум композитум Н	Ноотропний, психотропний, антидепресивний	Токсична енцефалопатія при печінковій недостатності	По 1 амп. 1-3 р/тиж. в/м, в/в, п/шк, у точки акупунктури
Енгістол	Противірусний, імуномодулюючий	Хронічні вірусні гепатити	По 1 табл. сублінгвально 3 р/день за 15 хв. до їжі
Ехінацея композитум С	Універсальний імуномодулюючий, непрямий противірусний і протимікробний	Хронічні вірусні гепатити	По 1 амп. 1-3 р/тиж. в/м, в/в, п/шк, у точки акупунктури

ВИСНОВКИ

Завдяки здатності АГТП відновлювати порушені ланки регуляторних механізмів, активувати процеси дезінтоксикації та здійснювати імуномодулюючий вплив, включення їх у схеми лікування хворих гастроентерологічними захворюваннями є цілком доцільним та дозволяє ефективно впливати на процес одужання і покращувати загальний стан хворих.

В залежності від перебігу захворювань АГТ може призначатись як у комбінації з алопатичними засобами для посилення дії останніх і зменшення виразності їхніх побічних ефектів; так й у виді монотерапії при нетяжкому перебігу захворювань та функціональних порушеннях. За наявності медикаментозної алергії або інших протипоказань до застосування алопатичних препаратів АГТ може призначатись як альтернативний метод лікування.

Одною з найважливіших переваг АГТП є їхня спроможність позитивно впливати саме на функціональні порушення ШКТ, враховуючи поширеність цієї патології та відсутність задовольняючих методів її лікування.

Окремо варто ще раз зауважити, що комплексні АГТП позбавлені побічних ефектів, добре переносяться хворими, не створюють додаткового навантаження метаболітами на органи виділення і не потребують від організму додаткових енерговитрат.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Губергриц Н.Б. , Колкина В.Я. Эффективность антигомотоксической терапии при сочетании алкогольных заболеваний печени и поджелудочной железы// Сучасна гастроентерологія.-2004.-№1.-С.34-39.
2. Комплексные антигомотоксические препараты. Neel, 2004.- 279 с.
3. Тагаева Т.А. Антигомотоксические препараты в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Актуальні питання профілактики і лікування захворювань органів травлення. Тези доповідей. К,2003.-С.39.
4. Ткач С.М. Антигомотоксические препараты в лечении заболеваний гастродуоденальной зоны// Биологическая терапия.-2003.-№2.-С.27-30.
5. Ткач С.М. Значение слизистых оболочек организма в норме и при формировании патологических процессов. Можливості корекції функціонально-структурних порушень слизових оболонок організму з використанням антигомотоксичних препаратів Лімфоміозот та Мукоза композитум. Тези доповідей. Київ, 2005.-С.16-18.
6. Харченко Н.В., Черненко В.В. Применение антигомотоксических препаратов в лечении больных с нарушениями микробиоценоза кишечника // Биологическая терапия.-2003.-№1.-С.34-38.
7. Барановский Ю.А. Реабилитация гастроэнтерологических больных в работе терапевта и семейного врача. — СПб : Фолиант, 2001. — 416 с.
8. Калинин А.В. Функциональные расстройства билиарного тракта и их лечение // Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатол.— 2002.— № 3.— С. 25–34.
9. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. Епідеміологія інвалідності внаслідок хвороб органів травлення в Україні // Гастроентерологія. — Дніпропетровськ, 2004. — Вип. 35. — С. 21–27.
10. Терапия заболеваний желудочно-кишечного тракта с применением антигомотоксических препаратов : Метод. рекомендации / Neel. — Киев, 2004. — 120с.